

Child Neglect and Internalizing Disorders: The Mediating Role of Emotion Regulation

Fatemeh Erfanifar^{*1}, Fariba Zarani², Omid Shokri², Shadi Kabiri Agh Ziarat³

1. M.A. in Child and Adolescent Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Education, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran

2. Assistance Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Education, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran

3. Ph.D. Student of Health Psychology, Roodehen Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

Received: March 10, 2018

Accepted: June 21, 2018

Abstract

Background and Purpose: Child neglect is associated with negative and long-term consequences in adolescence and adulthood such as internalizing disorders. Identifying the mechanism of the relationship between child neglect and internalizing disorders helps to identify the therapeutic interventions. The aim of this study was to examine the mediating effect of emotion regulation in the relationship between child neglect and internalizing disorders like mood disorders, anxiety disorders, and somatoform disorders.

Method: This study was correlational research. The sample of this study consisted of 200 high school female students in Tehran that were selected by multistage random cluster sampling. To collect data, *self-reported child abuse*, *difficulties in emotion regulation scale* and *youth self-report scale*, were used. Correlation and path analysis were used to analyze the data.

Results: The results showed that neglect of childhood indirectly and through emotional awareness can predict the symptoms of internalizing disorders in adolescent girls ($P=0.001$)

Conclusion: In sum, results show that part of the common variance between the conceptual models of child neglect and internalizing disorders, is the result of the variability in emotional regulation.

Keywords: Child neglect, internalizing disorders, emotion regulation

Citation: Erfanifar F, Zarani F, Shokri O, Kabiri Agh Ziarat S. Child neglect and internalizing disorders: The mediating role of emotion regulation. Quarterly Journal of Child Mental Health. 2019; 6(1): 112-123.

***Corresponding author:** Fatemeh Erfanifar, M.A. in Child and Adolescent Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Education, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.

Email: Psy.fa93@gmail.com

Tel: (+98) 9175967407

غفلت و بی توجهی دوران کودکی و اختلالات درون‌نمود: نقش میانجی تنظیم هیجان

فاطمه عرفانی فر*^۱، فریبا زرانی^۲، امید شکری^۲، شادی کبیری آق‌زیارت^۳

۱. کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

۲. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

۳. دانشجوی دکترای روان‌شناسی سلامت، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۹۶/۱۲/۱۹

تاریخ پذیرش: ۹۷/۰۳/۳۱

چکیده

زمینه و هدف: غفلت دوران کودکی با پیامدهای منفی زیادی در نوجوانی و جوانی ارتباط دارد. از جمله این پیامدها می‌توان به افزایش میزان اختلالات رفتاری درون‌نمود اشاره کرد. شناسایی مکانیزم ارتباط بین غفلت و اختلالات درون‌نمود به شناسایی حلقه‌های مفهومی کمک می‌کند که می‌توانند محور مداخلات درمانی قرار گیرند؛ بدین ترتیب پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش واسطه‌ای تنظیم هیجان در رابطه بین غفلت و علائم اختلالات درون‌نمود انجام شد.

روش: پژوهش حاضر از نوع همبستگی بود. نمونه پژوهش، شامل ۲۰۰ دانش‌آموز دختر مقطع متوسطه دوم شهر تهران بود که به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی چندمرحله‌ای انتخاب شدند و به پرسشنامه‌های خودگزارشی کودک‌آزاری (محمدخانی و همکاران، ۱۳۸۱)، دشواری در نظم‌بخشی هیجان (گراتز و روئمر، ۲۰۰۴) و فرم خودگزارش دهی نوجوان (آخنباخ، ۱۹۹۱) پاسخ دادند. برای تحلیل داده‌های به‌دست آمده از روش همبستگی و تحلیل مسیر استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که غفلت دوران کودکی به طور غیرمستقیم و از طریق عدم آگاهی هیجانی می‌تواند علائم اختلالات درون‌نمود در دختران نوجوان را در سطح ۰/۰۰۱ پیش‌بینی کند. همچنین مدل مفروض این پژوهش از برازندگی مناسب برخوردار بود.

نتیجه‌گیری: در مجموع، نتایج نشان می‌دهد که بخشی از واریانس مشترک بین حلقه‌های مفهومی غفلت دوران کودکی و اختلالات درون‌نمود، نتیجه تغییرپذیری در تنظیم هیجان است.

کلیدواژه‌ها: غفلت دوران کودکی، اختلالات درون‌نمود، تنظیم هیجان

*نویسنده مسئول: فاطمه عرفانی فر، کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.

مقدمه

در دهه‌های قبل تصور می‌شد در خانواده‌هایی که روابط عاطفی و صمیمی حاکم است، زمینه بهترین شکوفایی هیجانی و جسمانی برای کودکان و نوجوانان فراهم است، اما امروزه نتایج پژوهش‌ها نشان داده‌اند که نه تنها در خانواده‌هایی که دچار تعارض هستند، بلکه در شرایط خانوادگی که ظاهراً مطلوب به نظر می‌رسند نیز بدرفتاری با کودکان و نوجوانان اتفاق می‌افتد (۱). بدرفتاری با کودک از جمله شایع‌ترین و پیچیده‌ترین مسائل روانی-اجتماعی جامعه امروزی است (۲). بدرفتاری دوران کودکی، مجموعه‌ای از انواع متفاوت سوءاستفاده و غفلت است که شامل سوءاستفاده جسمی، جنسی، هیجانی، و غفلت است (۳). نکته حائز اهمیت آن است که در میان انواع مختلف بدرفتاری، غفلت از شایع‌ترین اشکال بدرفتاری با کودکان است (۴). غفلت به منزله الگوی پایداری است که بیانگر رابطه متقابل و اندک والدین و مراقبان کودک، حذف و عدم تأمین نیازهای اولیه جسمی کودک مثل تغذیه و بهداشت، و نیازهای عاطفی او مثل محبت، ابراز عشق، و علاقه است (۵). رفتار غفلت‌آمیز، رفتاری است که توسط مراقب یا والد کودک انجام می‌شود و به منزله کام‌نیافتگی در انجام رفتارهایی است که توسط فرهنگ جامعه برای پاسخ‌گویی به نیازهای مرتبط با تحول کودک و انجام وظایف مراقبت از کودک، ضروری هستند (۶). در یک مطالعه در سال ۲۰۱۳ مشخص شد که شیوع جهانی غفلت جسمی ۱۶ درصد و شیوع جهانی غفلت عاطفی ۱۸ درصد بدون تفاوت در جنسیت است (۷).

پژوهش‌های زیادی نشان داده‌اند که کودکان آسیب‌دیده و مورد غفلت قرار گرفته در خطر ابتلا به مشکلات و پیامدهای منفی مختلف هستند (۸) که این تأثیرات تا نوجوانی و جوانی ادامه می‌یابد (۹). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که افراد با تاریخچه غفلت دوران کودکی نشانه‌های اضطراب و افسردگی و به طور کلی نشانه‌های درون‌نمود بیشتری را نسبت به دیگران در

نوجوانی و جوانی نشان می‌دهند (۱۰ و ۱۱). اختلالات درون‌نمود^۱ را می‌توان دربرگیرنده اختلالاتی دانست که گرایش به درون افراد دارند؛ از جمله اختلالاتی که زیرمجموعه اختلالات درون‌نمود قرار می‌گیرند، اختلالات خلقی مانند اختلال افسردگی اساسی و افسرده‌خویی است. ناتوانی کودک در کسب وزن مورد انتظار، بی‌خوابی یا پرخوابی روزانه، احساس بی‌ارزشی یا احساس گناه نامتناسب، کاهش توانایی تفکر یا تمرکز و افکار تکرارشونده مرگ از جمله ملاک‌های تشخیصی اختلال افسردگی اساسی در کودکی است. اختلال افسرده‌خویی نیز شامل خلق افسرده و تحریک‌پذیر در بیشتر اوقات روز و بیشتر روزها است که البته در کودکان و نوجوانان ممکن است خلق تحریک‌پذیر جانشین ملاک خلق افسرده شود. اختلالات اضطرابی نیز زیرمجموعه اختلالات درون‌نمود هستند که شامل اختلالاتی نظیر تنیدگی پس از سانحه، اضطراب فراگیر، و اضطراب اجتماعی است. اختلال تنیدگی پس از سانحه در کودکی و نوجوانی اختلالی است که ممکن است پس از تجربه مستقیم سوءرفتار جسمی یا جنسی، خشونت خانگی، تصادف وسایل نقلیه، بیماری‌های طبی شدید و بلایای طبیعی رخ دهد. اختلال اضطراب فراگیر در کودکانی رخ می‌دهد که در مورد عملکرد خود در مدرسه یا مکان‌های اجتماعی، نگرانی‌های مفرط عودکننده‌ای دارند و بر اثر ترس‌های خود، دست کم یک علامت فیزیولوژیک مانند بی‌قراری، ضعف تمرکز یا تحریک‌پذیری را بروز می‌دهند. همچنین کودکانی که به اضطراب اجتماعی مبتلا هستند، دچار اضطراب شدید و عودکننده‌ای هستند که در موقعیت‌های اجتماعی از توجه و تحقیر توسط دیگران می‌ترسند و به همین دلیل از موقعیت‌ها اجتناب می‌کنند (۴). از دیگر اختلالات درون‌نمود، شکایات جسمانی است. جسمانی‌سازی به الگوی رفتاری اشاره دارد که در آن فرد به‌طور مکرر در جستجوی خدمات پزشکی برای نشانه‌های ناتوان‌کننده‌ای که تبیین پزشکی برای آنها وجود ندارد، برمی‌آیند (۱۲).

از سویی دیگر به نظر می‌رسد که غفلت دوران کودکی^۱ می‌تواند بر متغیرهای دیگری از جمله تنظیم هیجان^۲ تأثیر بگذارد و بر کیفیت شکل‌گیری آن مؤثر باشد. شواهد پژوهشی نیز رابطه بین غفلت دوران کودکی و تنظیم هیجان را نشان می‌دهند. نظریات تحولی، توانا شدن در تنظیم هیجانات را به‌عنوان یک مرحله تحولی برجسته در کودکی، مدنظر قرار داده‌اند (۱۳). رشد مهارت‌های تنظیم هیجانی در کودکی به حضور مؤثر و راهنمایی والدین نیازمند است اما پژوهش‌هایی نشان داده‌اند که والدین غفلت‌کننده هیجانات خود را به کودکانشان، کمتر ابراز می‌کنند و درگیری کمتری در تبادل اطلاعات عاطفی به فرزندان خود دارند و نمی‌توانند راهنمای مؤثری برای کودک در جهت یادگیری تنظیم هیجانی باشند؛ بنابراین رشد تنظیم هیجانی در این کودکان با مشکل مواجه می‌شود (۱۴). در پژوهشی نشان داده شد که بین غفلت دوران کودکی و بدرفتاری عاطفی و اشکال در شناسایی هیجانات، رابطه مثبت و معنادار وجود دارد (۱۵). علاوه بر این در پژوهش دیگری مشخص شد که این کودکان نسبت به همسالان خود، مشکلات قابل توجهی در سازش‌یافتگی هیجانی و تعدیل و تنظیم هیجان خود دارند (۱۶). در مطالعه‌ای که در رابطه بین ناگویی طبعی که از ویژگی‌های شخصیتی مرتبط با شناسایی هیجانات شخصی است و غفلت دوران کودکی انجام گرفت، نشان داده شد که رابطه مثبت معناداری بین ناگویی طبعی و غفلت عاطفی زودهنگام دوران کودکی وجود دارد؛ در حالی که ترومای فیزیکی و جنسی با ویژگی ناگویی طبعی ارتباط چندانی ندارد (۱۷). در پژوهشی بر روی ۲۲۲ نوجوان نشان داده شد که غفلت دوران کودکی سطح پایین تنظیم هیجان را پیش‌بینی می‌کند (۳). تنظیم هیجان را می‌توان تغییراتی در فرایند هر سیستمی دانست که باعث ظهور و بروز هیجانات در رفتار می‌شود. از زمانی که هیجان فعال می‌شود این تنظیم رخ می‌دهد و حتی قبل از بروز هیجان نیز این تنظیم مشهود است (۱۸).

همچنین نظریه‌های تنظیم هیجان، تنظیم هیجان انطباقی و انعطاف‌پذیر را با سلامت روان ارتباط داده و برعکس تنظیم هیجان غیرانطباقی را به اختلالات روانی از جمله اختلالات درون‌نمود مربوط می‌دانند (۱۹). دشواری در نظم‌بخشی هیجان برای انواع اختلالات درون‌نمود، نقش مرکزی دارد و بین ابعاد مختلف تنظیم هیجان با اختلالات درون‌نمود رابطه وجود دارد (۲۰). نارسایی در تنظیم هیجان از مشکلات بنیادین افراد مبتلا به اختلالات درون‌نمود از جمله اختلالات اضطرابی و جسمانی‌سازی است (۲۱). در پژوهشی چهار گروه نوجوان در انواع راهبردهای تنظیم هیجان با هم مقایسه شدند: نوجوانان با مشکلات درون‌نمود، نوجوانان با مشکلات برون‌نمود، نوجوانان مبتلا به هر دو نوع اختلال، و گروه گواه. نتایج نشان داد که نوجوانان دارای مشکلات درون‌نمود در مؤلفه‌های سرزنش خود و نشخوار فکری، نمره بالاتری نسبت به گروه گواه و نوجوانانی که مشکلات برون‌نمود داشته، دریافت کردند (۲۲). پژوهش‌های بسیاری نشان داده‌اند که عدم آگاهی از هیجان به‌طور مثبتی با نشانه‌های درون‌نمود مانند اضطراب و افسردگی رابطه دارد (۲۳ و ۲۴ و ۲۵). همچنین در پژوهشی رابطه بین ناگویی طبعی که از ابعاد تنظیم هیجان است را با علایم اختلال جسمانی‌سازی سنجیده‌اند و نتیجه گرفتند که ناگویی طبعی در بروز علایم جسمانی‌سازی نقش مهمی دارد (۲۶).

این یافته که غفلت دوران کودکی منجر به مشکلات مختلف می‌شود بر کسی پوشیده نیست، اما برای کمک به کاهش پیامدهای این معضل و شناخت دقیق‌تر مکانیزم تأثیرگذاری این مسئله، بررسی عوامل میانجی، ضروری و مفید به نظر می‌رسد. شواهد پژوهشی نشان داده‌اند که بین غفلت دوران کودکی و اختلالات درون‌نمود، غفلت دوران کودکی و راهبردهای تنظیم هیجان، و از طرفی بین راهبردهای تنظیم هیجان با اختلالات درون‌نمود، رابطه معنادار وجود دارد. همچنین در پژوهش‌هایی که بر روی متغیرهای موازی انجام شده‌اند، تنظیم هیجان را به‌عنوان متغیر واسطه‌ای در نظر

هیجانی، نبود آگاهی هیجانی، و دسترسی محدود به راهبردهای هیجانی را تأیید کردند. ضریب اعتبار کل ابزار با استفاده از روش‌های همسانی درونی ۰/۹۳ و برای هر کدام از ۶ زیرمقیاس دشواری در نظم‌بخشی هیجانی، ضریب آلفای کرونباخ بیشتر از ۰/۸۰ به دست آمده است. در ایران ضریب اعتبار این ابزار بر اساس آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌ها در پژوهشی بین ۰/۸۶ تا ۰/۸۸ و ضریب باز آزمایی پس از یک هفته بین ۰/۷۹ تا ۰/۹۱ گزارش شد. همچنین همبستگی درونی و همبستگی تمامی زیرمقیاس‌های این ابزار با سیاهه افسردگی و اضطراب بک نیز نشان از روایی سازه و ملاکی مطلوب این مقیاس است (۲۹). نتایج حاصل از بررسی همبستگی درونی ابزار دشواری در نظم‌بخشی هیجانی نشان داد که همبستگی هر گویه با نمره کل زیر مقیاس مربوط به آن بین ۰/۵۱ تا ۰/۸۱ است که نشان‌دهنده روایی سازه مطلوب نسخه فارسی دشواری در نظم‌بخشی هیجانی است. در پژوهش حاضر، ضریب همسانی درونی با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای ابزار دشواری در نظم‌بخشی هیجان ۰/۹۰ و برای همه زیرمقیاس‌های آن، بالای ۰/۸۵ به دست آمد.

۲. پرسشنامه خودگزارشی کودک‌آزاری: این پرسشنامه توسط محمدخانی و همکاران (۱۳۸۱) ساخته شده است که دارای ۳۸ گویه است و دامنه‌ای از رفتار کودک‌آزاری، از آزار جنسی تا آزار عاطفی و جوّ منفی خانه، آزار جسمی و بی‌توجهی نسبت به کودک را مورد سنجش و ارزیابی قرار می‌دهد. در این پرسشنامه ۱۱ سؤال به غفلت اختصاص دارد (۳۰). محمدخانی ضریب آلفای کرونباخ برای ابزار خودگزارشی کودک‌آزاری را ۰/۹۲ به دست آورد. این ضریب برای خرده‌مقیاس‌های آزار عاطفی، غفلت، آزار جسمی، و آزار جنسی از ۰/۸۹ تا ۰/۷۹ بوده و همچنین تمامی ضرایب محاسبه شده در سطح ۰/۰۰۱ < p معنادار بود. در پژوهش حاضر، ضریب همسانی درونی با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای ابزار بدرفتاری با کودک ۰/۹۵ و برای همه زیرمقیاس‌های آن بالای ۰/۸۵ به دست آمد.

گرفته‌اند (۲۷). بدین ترتیب پژوهش حاضر، تنظیم هیجان را به‌عنوان متغیر میانجی بین دو متغیر غفلت دوران کودکی و اختلالات درون‌نمود در نظر گرفته است و در صدد پاسخگویی به این سوال است که آیا تنظیم هیجان می‌تواند بخشی از واریانس مشترک میان دو متغیر غفلت دوران کودکی و اختلالات درون‌نمود را تبیین کند؟

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان: پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های همبستگی است. جامعه پژوهش حاضر شامل همه دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه دوم شهر تهران در سال تحصیلی ۹۴-۹۵ بودند که از میان آنها ۲۰۰ دانش‌آموز به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی چندمرحله‌ای از ۴ منطقه شمال، جنوب، شرق و غرب تهران انتخاب شدند. بدین ترتیب ابتدا مدارس از مناطق آموزشی مذکور انتخاب شدند و سپس در مرحله بعد افراد نمونه بر حسب شرایط ورود و خروج، از این مدارس شناسایی و در مطالعه گنجانده شدند. معیار ورود به مطالعه این بود که شامل دانش‌آموز در زمان نمونه‌گیری در یکی از کلاس‌های مقطع متوسطه دوم شهر تهران به طور روزانه مشغول به تحصیل باشد. ملاک خروج از مطالعه بدین صورت بود که دانش‌آموزانی که مورد هیچ‌گونه سوء رفتاری قرار نگرفته بودند از نمونه پژوهش کنار گذاشته شدند. شرکت‌کنندگان در این پژوهش از نظر پایه تحصیلی بدین شرح بودند: ۶۸ نفر کلاس دهم، ۶۶ نفر کلاس یازدهم، و ۶۶ نفر کلاس دوازدهم.

ب) ابزار

۱. پرسشنامه دشواری در نظم‌بخشی هیجانی^۱: این پرسشنامه توسط گراتز و روئمر (۲۰۰۴) تدوین شده است (۲۸). تعداد گویه‌های این ابزار ۳۶ گویه است. نتایج حاصل از تحلیل عاملی، وجود ۶ نشانگر نپذیرفتن پاسخ‌های هیجانی، دشواری در انجام رفتار هدفمند، دشواری در مهار تکانه، نبود وضوح

1. Difficulties in emotional regulation scale

۳. پرسشنامه خود گزارشی نوجوان: این پرسشنامه توسط آخنباخ^۱ (۱۹۹۱) ساخته شده است و دارای دو بخش مهارت‌ها و مشکلات عاطفی- رفتاری است که برای سنین ۱۱ تا ۱۸ سال مناسب است (۳۱). بخش مشکلات عاطفی- رفتاری آن در برگزیده ۱۱۳ گویه است. این فرم دربرگیرنده مقیاس‌های مبتنی بر تجربه و مقیاس‌های مبتنی بر راهنمای آماری و تشخیصی اختلال‌های روانی است. در پژوهش حاضر از بخش اختلالات درون‌نمود مقیاس‌های مبتنی بر راهنمای آماری و تشخیصی استفاده شد که شامل اختلالات خلقی، اختلالات اضطرابی، و اختلال جسمانی سازی است. ضرایب همسانی درونی برای بیشتر مقیاس‌های مبتنی بر تجربه و مبتنی بر راهنمای آماری و تشخیصی در سطح مطلوب و رضایت‌بخش قرار دارد؛ به‌طوری که ضرایب همسانی درونی از طریق ضریب آلفا برای زیرمقیاس کفایت کلی ۰/۴۶ و برای مشکلات رفتاری کلی ۰/۹۵، متوسط همسانی درونی برای مشکلات رفتاری درون‌نمود و برون‌نمود ۰/۸۹، و ضریب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌های سندروم‌ها در دامنه‌ای از ۰/۵۹ برای کناره‌گیری تا ۰/۸۶ برای رفتار پر خاشاک‌گرانه و افسردگی/اضطراب، گزارش شده است. در ایران در پژوهشی میزان آلفای کرونباخ سه نسخه پدر/مادر، معلم، و خود گزارشی نوجوان به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۹۳ و ۰/۸۲ به دست آوردند. به‌طور کلی، آلفای کرونباخ، همبستگی میان نسخه‌های هم‌تا، همبستگی میان

خرده‌مقیاس‌ها با نمره کلی بخش مربوطه و نقطه‌های برش به‌دست آمده، نشانگر اعتبار سازه مناسب این ابزار است (۳۱). در پژوهش حاضر، ضریب همسانی درونی از روش آلفای کرونباخ برای ابزار خود گزارشی نوجوان ۰/۹۴، و همچنین آلفای کرونباخ همه زیرمقیاس‌های آن بالای ۰/۸۵ به دست آمد.

ج) روش اجرا: بعد از کسب مجوزهای لازم علمی و اجرایی، افراد نمونه به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند. سپس پرسشنامه‌های موردنظر در میان دانش‌آموزان به‌صورت گروهی اجرا شد و به‌صورت همزمان به دانش‌آموزان در محیط کلاس داده شد. در این مطالعات ملاحظات اخلاقی به‌طور کامل رعایت شد. بدین ترتیب شرکت داوطلبانه افراد نمونه در پژوهش، ارائه اطلاعات کافی در مورد چگونگی پژوهش، ذکر نشدن نام آزمودنی، محرمانه ماندن اطلاعات وی، و امکان انصراف آزمودنی‌ها در صورت عدم تمایل به همکاری، در هر مرحله از پژوهش رعایت شده است. پس از جمع‌آوری داده‌ها، تجزیه و تحلیل با استفاده از روش‌های آمار توصیفی و استنباطی انجام شد.

یافته‌ها

جدول ۱ شاخص‌های توصیفی میانگین و انحراف استاندارد، چولگی و کشیدگی را در گروه نمونه نشان می‌دهد.

جدول ۱: جدول شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

مقیاس‌ها	میانگین	انحراف استاندارد	چولگی	کشیدگی
غفلت و بی توجهی	۲/۹۲	۰/۳۳	۰/۱۳	۰/۷۸
نپذیرفتن پاسخ هیجانی	۲/۴۹	۰/۴۲	۰/۰۱	۰/۹۴
دشواری در رفتار هدفمند	۱۴/۷۳	۴/۸۹	۰/۱۶	۰/۶۹
دشواری در مهار تکانه	۱۵/۰۵	۵/۹۶	۰/۴۲	۰/۷۴
عدم وضوح هیجانی	۵/۹۱	۲/۵۱	۰/۸۱	۰/۳۵
عدم آگاهی هیجانی	۱۴/۴۱	۵/۱۸	۰/۵۸	۰/۰۳
راهبردهای محدود	۲/۵۳	۰/۴۵	۰/۶۵	۰/۴۶
اختلالات خلقی	۱/۷۰	۰/۷۶	۰/۵۵	۰/۳۳
اختلالات اضطرابی	۳/۵۲	۲/۴۴	۰/۵۰	۰/۴۰
جسمانی سازی	۲/۲۹	۲/۲۶	۱/۸۲	۲/۲۹

همچنین رابطه بین همه انواع اختلالات درون‌نمود با عدم آگاهی هیجانی مثبت و معنادار است. به علاوه، نتایج نشان می‌دهد که بین غفلت و بی توجهی به کودک با عدم آگاهی نیز رابطه مثبت و معنادار وجود دارد.

در جدول ۲ نتایج مربوط به همبستگی بین غفلت و بی توجهی به کودک، اختلالات درون‌نمود، و نظم‌بخشی هیجان ارائه شده است. نتایج نشان می‌دهد که رابطه بین غفلت و بی توجهی به کودک با همه انواع اختلالات درون‌نمود، و

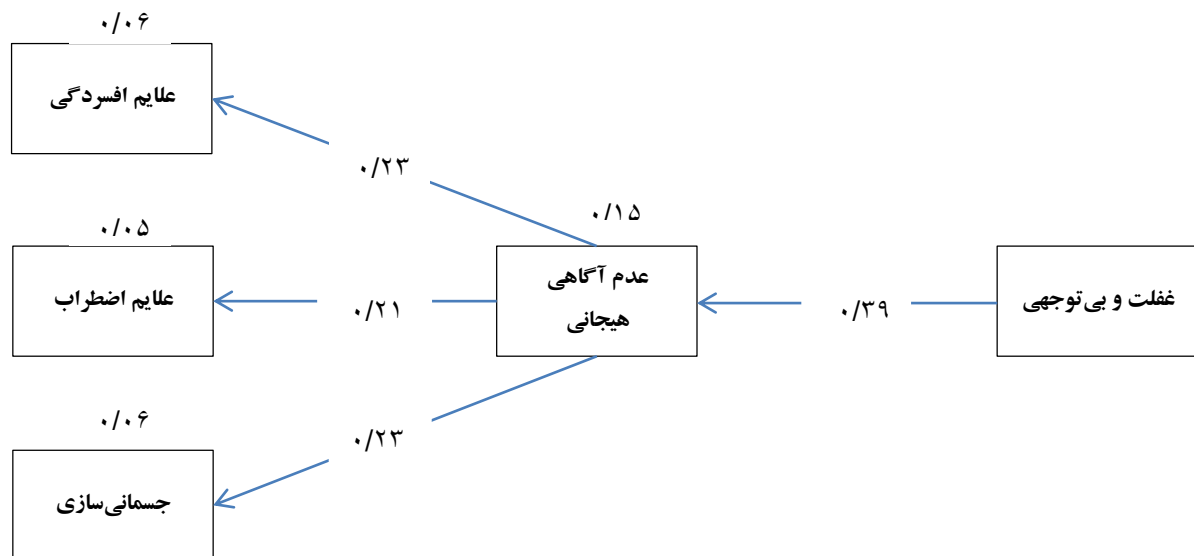
جدول ۲: ماتریس همبستگی بین غفلت کودک، اختلالات درون‌نمود، و تنظیم هیجان

غفلت کودک	اختلالات خلقی	اختلالات اضطرابی	جسمانی سازی
1	۰/۲۷**	۰/۲۱**	۰/۲۰**
۰/۳۹**	۰/۲۴**	۰/۲۱**	۰/۲۳**

** $P < 0.01$ * $P < 0.05$

رعایت شده است. ضمناً در جهت مدیریت داده‌های گم‌شده از روش بیشینه انتظار استفاده شد. در نهایت، به منظور آزمون مدل واسطه‌مندی تنظیم هیجان در رابطه بین غفلت و بی توجهی نسبت به کودک و اختلالات درون‌نمود از روش تحلیل مسیر استفاده شد که مدل مذکور در شکل ۱ به همراه ضرایب مسیرها آورده شده است.

در مجموع، نتایج حاصل از روابط همبستگی میان متغیرهای پژوهش، شرایط اولیه برای ورود متغیرها به مدل و انجام تحلیل مسیر را فراهم ساختند. همچنین در مطالعه حاضر، قبل از تحلیل داده‌ها مفروضه‌های بهنجاری یک‌متغیری، بهنجاری چندمتغیری، و مقادیر پرت آزمون و تأیید شد. علاوه بر این، نتایج مربوط به پراکندگی مشترک بین متغیرها نشان می‌دهد که مفروضه‌های خطی بودن و عدم هم‌خطی چندگانه



شکل ۱: مدل مفروض واسطه‌مندی تنظیم هیجان در رابطه بین غفلت و بی توجهی با کودک و اختلالات درون‌نمود

دشواری در نظم‌بخشی هیجانی) توانستند در یک مدل میانجی‌گری، به‌طور معناداری متغیرهای ملاک را پیش‌بینی

همان‌طور که در مدل پژوهش مشخص است، غفلت و بی توجهی به کودک و عدم آگاهی هیجانی (از زیرمقیاس‌های

داده‌ها نشان می‌دهند که غفلت و بی‌توجهی با کودک به صورت غیرمستقیم و از طریق عدم آگاهی هیجانی، به طور معناداری علائم افسردگی (۰/۰۹)، علائم اضطرابی (۰/۱۰)، و علائم جسمانی سازی (۰/۱۰) را پیش‌بینی کرده است.

کنند. زیرمقیاس‌های دیگر تنظیم هیجان به دلیل نداشتن نقش میانجی در این میان، از مدل پژوهش حذف شدند. همچنین ضریب استاندارد اثرات غیرمستقیم برای متغیرهای مدل مذکور محاسبه شد که در جدول ۳ ارائه شده است. این

جدول ۳: اثرات مستقیم، غیرمستقیم و واریانس تبیین شده

مسیر	مستقیم	غیرمستقیم	کل	واریانس تبیین شده
از غفلت به عدم آگاهی هیجانی	۰/۳۹	-	۰/۳۹	۰/۱۵
از غفلت به علائم افسردگی	۰/۰۰	۰/۰۹	۰/۰۹	۰/۰۶
از غفلت به علائم اضطراب	۰/۰۰	۰/۱۰	۰/۱۰	۰/۰۵
از غفلت به جسمانی سازی	۰/۰۰	۰/۱۰	۰/۱۰	۰/۰۶

جدول ۴: شاخص‌های برازندگی

RMSEA	IFI	CFI	GFI	X ² /df
۰/۰۵	۰/۹۸	۰/۹۹	۰/۹۷	۱/۵۵

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش میانجی تنظیم هیجان در رابطه بین غفلت و بی‌توجهی به کودک و اختلالات درون‌نمود انجام شد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که مدل مفروض واسطه‌مندی تنظیم هیجان در رابطه بین غفلت و بی‌توجهی به کودک و اختلالات درون‌نمود، برازش قابل قبولی دارد ($P=0.001$)؛ به بیان دیگر، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که متغیر تنظیم هیجان در پیوند دو متغیر غفلت و بی‌توجهی نسبت به کودک و اختلالات درون‌نمود در دختران نوجوان از نقش تفسیری غیرقابل انکاری برخوردار است. این نتایج همسو با پژوهش‌هایی است که نشان دادند رویارویی دختران با ترومای دوران کودکی به خصوص غفلت و بی‌توجهی نسبت به کودک با کاهش توانایی در تنظیم هیجان و افزایش میزان اختلالات درون‌نمود در آنها، ارتباط معنادار دارد (۳ و ۲۴).

نتایج حاصل از بررسی مدل نشان داد که غفلت دوران کودکی به طور غیرمستقیم و از طریق عدم آگاهی و درک و

در نهایت برای مدل ارائه‌شده، شاخص‌های برازندگی مورد بررسی قرار گرفتند (جدول ۴). مقادیر شاخص‌های خلی بر درجه آزادی (X^2/df)، شاخص نیکویی برازش (GFI^1)، شاخص برازندگی مقایسه‌ای (CFI^2) و شاخص برازندگی (IFI^3) و شاخص ریشه خطای میانگین مجذورات تقریب ($RMSEA^4$) به ترتیب ۱/۵۵، ۰/۹۷، ۰/۹۹، ۰/۹۸ و ۰/۰۵ به دست آمد. در مجموع، در این مطالعه ارزش عددی مقادیر شاخص‌های نیکویی برازش برای مدل ارائه‌شده نشان می‌دهد که مدل مفروض با داده‌ها برازش قابل قبولی دارد. همچنین برای بررسی معناداری اثرات غیرمستقیم مذکور، از آزمون بوت استروپ استفاده شد که معناداری آنها در سطح ۰/۰۰۱ مورد تأیید قرار گرفت؛ به عبارت دیگر، نتایج نشان داد که غفلت و بی‌توجهی نسبت به کودک توانست از طریق عدم آگاهی هیجانی به طور معناداری اختلالات درون‌نمود را پیش‌بینی کند.

3. Fitness index

4. Root mean square error of approximation

1. Goodness of fit index

2. Comparative fit index

فهم هیجانی بر علائم اختلالات درون‌نمود از قبیل اختلالات خلقی، اضطرابی، و جسمانی‌سازی تأثیر می‌گذارد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که از میان ابعاد مختلف کودک‌آزاری، غفلت تنها بعدی است که با عدم آگاهی، شناخت، و ابراز هیجان رابطه دارد (۱۷). همچنین پژوهش‌های بسیاری نشان داده‌اند که عدم آگاهی و ابراز هیجان به‌طور مثبتی با نشانه‌های درون‌نمود مانند اضطراب و افسردگی رابطه دارد (۲۴ و ۲۵). در تبیین یافته فوق می‌توان گفت که غفلت عاطفی، شکست مداوم مراقب در توجه و رسیدگی کردن به نیازهای روانی کودک است. در چنین محیطی کودک یاد می‌گیرد که بیان احساساتش غیرقابل پذیرش و محکوم است و تلاشش برای تعامل هیجان، نادیده گرفته می‌شود (۱۵). کودک برای اینکه خودش را با شرایط وفق دهد، احساساتش را نادیده می‌گیرد و یا بین خود و نیازهای عاطفی‌اش، فاصله ایجاد می‌کند. این راهبرد مقابله‌ای با وجود اینکه در شرایط ناایمن هیجانی که کودک در آن قرار دارد، انطباقی است اما هنگامی که در طول زمان از آن استفاده شود سبب ضعف آگاهی هیجانی در فرد می‌شود. به همین سبب است که غفلت بیش از دیگر بدرفتاری‌ها، نوجوان را در جایگاه خطر افزایش تنظیم عاطفه مختل شده قرار می‌دهد که این نیز به نوبه خود علایم اختلالات درون‌نمود را به وجود می‌آورد (۲۳). در تفسیر این یافته‌ها می‌توان به رابطه ناگویی طبیعی^۱ و اختلال‌های روانی توجه کرد. برخی پژوهش‌ها رابطه آگاهی هیجانی با برانگیختگی روان‌شناختی سیستم‌های بیولوژیکی مرتبط با هیجان‌ها را تأیید کردند. افراد دارای ناگویی طبیعی، در شناسایی این فرایند ناتوان هستند و نداشتن آگاهی از هیجان‌ها، منجر به تشدید برانگیختگی هیجانی می‌شود. اگر این وضعیت به طول انجامد، منجر به فشار بر سیستم‌های ایمنی، غده هیپوفیز، آدرنال، و سیستم‌های خودمختار می‌شود. تداوم تحریکات روی این سیستم‌های بیولوژیکی، موجب ناراحتی فیزیکی، روانی و تلاش‌های واسطه‌ای برای توضیح این

احساسات می‌شود. اشخاص دارای ناگویی طبیعی، این اشاره‌های بدنی را به صورت جسمی تفسیر می‌کنند؛ به همین دلیل به نظر می‌رسد این اشخاص بیشتر از دیگر افراد دارای بیماری‌های جسمی، تشخیص داده می‌شوند (۲۶). همان‌طور که گفته شد، افراد دارای ناگویی طبیعی به این دلیل که نمی‌توانند هیجان‌های خود را ابراز کنند، به احتمال بیشتری مشکلات و ناراحتی‌های روان‌شناختی‌شان را به‌صورت جسمانی نشان می‌دهند. ویژگی اصلی اختلال جسمانی‌سازی نیز ابراز جسمانی ناراحتی‌های روان‌شناختی است. از سوی دیگر، افراد دارای اختلالات اضطرابی نیز دارای نشانه‌های جسمانی زیادی هستند که ممکن است به دلیل مشکلات آنها در فرایندهای پردازش اطلاعات هیجانی به ناگویی هیجانی و عدم آگاهی هیجانی، مبتلا شوند (۲۱). این گونه افراد به دلیل ناتوانی در پردازش شناختی احساسات خود و عدم آگاهی هیجانی، معمولاً قادر به درک، توصیف، یا شناسایی هیجان‌های خودشان نیستند و تواناییشان در سازش با شرایط تنش‌آور، محدود است. یکی از روش‌های مهار تنش به خصوص در مورد هیجان‌های منفی، بیان و تخلیه هیجان ناشی از تنش است. در صورتی که این هیجان‌ها تخلیه نشوند و فرد نتواند احساسات منفی خود را به‌صورت کلامی بیان کند، جزء روان‌شناختی سیستم‌های ابراز هیجان و پریشانی روانی از جمله اضطراب و افسردگی افزایش می‌یابد. افرادی که توانایی شناخت احساسات خود را دارند و حالت‌های هیجانی خود را به گونه مؤثری ابراز می‌کنند، بهتر می‌توانند با مشکلات زندگی روبرو شوند و در سازش با محیط و دیگران موفق‌ترند که در نتیجه، از سلامت روانی بیشتری برخوردار خواهند بود (۲۵).

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان بیان کرد که یافته‌های این مطالعه همچون بسیاری از مطالعات دیگر به دلیل استفاده از ابزارهای خودگزارشی به جای مطالعه رفتار واقعی ممکن است مشارکت کنندگان را به استفاده از شیوه‌های مبتنی

بر کسب تأیید اجتماعی و اجتناب از بدنامی مربوط به عدم کفایت فردی، ترغیب کند؛ بنابراین به منظور تأیید مقیاس‌های خودگزارشی پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از مشاهده رفتاری و دیگر شاخص‌های بالینی استفاده شود. از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر محدودیت در نمونه‌گیری از گروه پسران بود، در نتیجه با توجه به تأثیر جنسیت در شیوع اختلالات درون‌نمود و تفاوت در میزان وقوع کودک‌آزاری در دو جنس، پیشنهاد می‌شود که در گروه مذکر نیز پژوهشی برای یافتن مسیرهای واسطه‌گری تنظیم هیجان بین غفلت دوران کودکی و علایم اختلالات درون‌نمود، انجام شود. همچنین برای مطالعات آینده در جهت تکمیل مدل حاضر، متغیرهای دیگری مانند حمایت اجتماعی، رابطه با همسالان در نوجوانی، و روابط عاشقانه در دوره بزرگسالی در ارتباط با متغیرهای این مطالعه، مورد بررسی قرار گیرند.

بر اساس نتایج پژوهش حاضر و با توجه به شیوع بالای اختلالات درون‌نمود از قبیل اضطراب و افسردگی در مراجعان نوجوان، به درمانگران توصیه می‌شود که با مشاهده چنین اختلالاتی در این دوره سنی، وجود احتمالی سوء رفتار در گذشته و حال را مدنظر قرار داده و اثرات آن را خنثی کنند. از سویی دیگر از آن جایی که سوء رفتار در سنین کودکی، مدیریت هیجانی آنها را در برابر حوادث آسیب‌زا دچار آسیب می‌کند، بازسازی هیجانی آنها به وسیله فنون درمانی که بر مدیریت و نظم‌بخشی هیجانی تمرکز دارند، بسیار مفید خواهد بود. بدین ترتیب در برنامه‌های پیشگیرانه و آموزشی که برای

والدین ارائه می‌شود، باید اهمیت بازخوردها و رفتارهای آنان، در شکل‌گیری دیدگاه کودکان و نوجوانان در مورد احساسات خویش و نوع واکنش به هیجان‌اتشان، تصریح شود. در نتیجه، والدین باید به مهارت‌هایی مجهز شوند که از یک سو ظرفیت هیجانی و مدیریت هیجانی فرزندان‌شان به حداکثر برسد و از سوی دیگر محیطی با حداقل انواع سوءرفتارها را فراهم کنند. همچنین با توجه به نتایج پژوهش حاضر مبنی بر اهمیت مدیریت هیجان‌ات در ایجاد و یا بازگشت اختلالات هیجانی و درون‌نمود، پیشنهاد می‌شود که در درمان مشکلات دختران قربانی سوء رفتار از نوع غفلت و بی‌توجهی، به شناخت هیجان، آگاهی هیجانی، و درک و فهم هیجان، اهمیت داده شود، در غیر این صورت، با توجه به این که گنجینه هیجانی این کودکان و نوجوانان قربانی، اندک است، امکان عود اختلالات مذکور بسیار بالا است و بنابراین با بازسازی آگاهی و مهارت‌های تنظیم هیجان، می‌توان از بازگشت اختلالات، جلوگیری به عمل آورد.

تشکر و قدردانی: این پژوهش برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد فاطمه عرفانی‌فر در رشته روان‌شناسی بالینی گرایش کودک و نوجوان دانشگاه شهید بهشتی تهران با شماره ۷۶۰/۹۶۹/د است. بدین وسیله از دانش‌آموزان شرکت‌کننده در این پژوهش و همچنین مدیران و معلمان که در انجام این پژوهش همکاری کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

تضاد منافع: این پژوهش برای نویسندگان هیچ گونه تضاد منافی نداشته است.

References

1. Mikaeili N, Zamanloo K. A study of the prevalence of child abuse and its prediction from parents' depression and anxiety, attachment styles and mental health of their adolescent boys. *Psychology of Exceptional Individuals*. 2012; 2(5): 145–166. [Persian]. [\[Link\]](#)
2. Briere J, Elliott DM. Prevalence and psychological sequelae of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women. *Child Abuse Negl*. 2003; 27(10): 1205–1222. [\[Link\]](#)
3. Mills P, Newman EF, Cossar J, Murray G. Emotional maltreatment and disordered eating in adolescents: Testing the mediating role of emotion regulation. *Child Abuse Negl*. 2015; 39: 156–166. [\[Link\]](#)
4. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. Tenth, North American edition. Philadelphia: LWW; 2007, pp: 2755-2756. [\[Link\]](#)
5. Albers EC, Reilly T, Rittner B. Children in foster care: possible factors affecting permanency planning. *Child Adolesc Social Work J*. 1993; 10(4): 329–341. [\[Link\]](#)
6. Straus MA, Kantor GK. Definition and measurement of neglectful behavior: some principles and guidelines. *Child Abuse Negl*. 2005; 29(1): 19–29. [\[Link\]](#)
7. Stoltenborgh M, Bakermans-Kranenburg MJ, van IJzendoorn MH. The neglect of child neglect: a meta-analytic review of the prevalence of neglect. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2013; 48(3): 345–355. [\[Link\]](#)
8. Eckenrode J, Laird M, Doris J. School performance and disciplinary problems among abused and neglected children. *Dev Psychol*. 1993; 29(1): 53–62. [\[Link\]](#)
9. Perez CM, Widom CS. Childhood victimization and long-term intellectual and academic outcomes. *Child Abuse Negl*. 1994; 18(8): 617–633. [\[Link\]](#)
10. Springer KW, Sheridan J, Kuo D, Carnes M. Long-term physical and mental health consequences of childhood physical abuse: results from a large population-based sample of men and women. *Child Abuse Negl*. 2007; 31(5): 517–530. [\[Link\]](#)
11. Cannon EA, Bonomi AE, Anderson ML, Rivara FP, Thompson RS. Adult health and relationship outcomes among women with abuse experiences during childhood. *Violence Vict*. 2010; 25(3): 291–305. [\[Link\]](#)
12. Postilnik I, Eisman HD, Price R, Fogel J. An algorithm for defining somatization in children. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2006; 15(2): 64–74. [\[Link\]](#)
13. Southam-Gerow MA, Kendall PC. Emotion regulation and understanding: implications for child psychopathology and therapy. *Clin Psychol Rev*. 2002; 22(2): 189–222. [\[Link\]](#)
14. Bousha DM, Twentyman CT. Mother-child interactional style in abuse, neglect, and control groups: Naturalistic observations in the home. *J Abnorm Psychol*. 1984; 93(1): 106–114. [\[Link\]](#)
15. Goldsmith RE, Freyd JJ. Awareness for emotional abuse. *Journal of Emotional Abuse*. 2005; 5(1): 95–123. [\[Link\]](#)
16. Pollak SD, Cicchetti D, Hornung K, Reed A. Recognizing emotion in faces: developmental effects of child abuse and neglect. *Dev Psychol*. 2000; 36(5): 679–688. [\[Link\]](#)
17. Aust S, Härtwig EA, Heuser I, Bajbouj M. The role of early emotional neglect in alexithymia. *Psychol Trauma*. 2013; 5(3): 225–232. [\[Link\]](#)
18. Campos JJ, Frankel CB, Camras L. On the nature of emotion regulation. *Child Dev*. 2004; 75(2): 377–394. [\[Link\]](#)
19. Goodall K. Individual differences in the regulation of positive emotion: The role of attachment and self esteem. *Pers Individ Dif*. 2015; 74: 208–213. [\[Link\]](#)
20. Campbell-Sills L, Barlow DH. Incorporating emotion regulation into conceptualizations and treatments of anxiety and mood disorders. In: Gross JJ, editor. *Handbook of emotion regulation*. New York, NY, US: The Guilford Press; 2007, pp: 542–559. [\[Link\]](#)
21. Besharat M, Zahedi Tajrishi K, Noorbala A. Alexithymia and emotion regulation strategies in patients with somatization, anxiety disorders, and normal individuals: A comparative study. *Contemporary*

- Psychology, Biannual Journal of the Iranian Psychological Association. 2014; 8(2): 3–16. [Persian]. [\[Link\]](#)
22. Garnefski N, Kraaij V, van Etten M. Specificity of relations between adolescents' cognitive emotion regulation strategies and internalizing and externalizing psychopathology. *J Adolesc.* 2005; 28(5): 619–631. [\[Link\]](#)
 23. Poletti M, Frosini D, Pagni C, Lucetti C, Dotto PD, Ceravolo R, et al. Alexithymia is associated with depression in de novo Parkinson's disease. *Psychother Psychosom.* 2011; 80(4): 251–253. [\[Link\]](#)
 24. Berthoz S, Consoli S, Perez-Diaz F, Jouvent R. Alexithymia and anxiety: compounded relationships? A psychometric study. *Eur Psychiatry.* 1999; 14(7): 372–378. [\[Link\]](#)
 25. Motan I, Gençöz T. The relationship between the dimensions of alexithymia and the intensity of depression and anxiety. *Türk Psikiyatri Derg.* 2007; 18(4): 333–343. [\[Link\]](#)
 26. Huber A, Suman AL, Biasi G, Carli G. Alexithymia in fibromyalgia syndrome: Associations with ongoing pain, experimental pain sensitivity and illness behavior. *J Psychosom Res.* 2009; 66(5): 425–433. [\[Link\]](#)
 27. Jennissen S, Holl J, Mai H, Wolff S, Barnow S. Emotion dysregulation mediates the relationship between child maltreatment and psychopathology: A structural equation model. *Child Abuse Negl.* 2016; 62: 51–62. [\[Link\]](#)
 28. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *J Psychopathol Behav Assess.* 2004; 26(1): 41–54. [\[Link\]](#)
 29. Khanzadeh M, Saeediyani M, Hosseinchari M, Edrissi F. Factor structure and psychometric properties of difficulties in emotional regulation scale. *Journal of Behavioral Sciences.* 2012; 6(1): 87–96. [Persian]. [\[Link\]](#)
 30. Mohammadkhani P, Mohammadi M, Nazari M, Salavati M, Razzaghi O. Development, validation and reliability of child abuse Self Report Scale (CASRS) in Iranian students. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran (MJIRI).* 2003; 17(1): 51–58. [\[Link\]](#)
 31. Yazdkhasti F, Oreyzi H. Standardization of child, parent and teacher's forms of child behavior checklist in the city of Isfahan. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology.* 2011; 17(1): 60–70. [Persian]. [\[Link\]](#)